



Cómo proteger y promover la nutrición de madres y niños

Estudios de casos prácticos

en América Latina y el Caribe



BANCO MUNDIAL



oportunidades para todos



RAPID SOCIAL RESPONSE

Cómo proteger y promover la nutrición de
madres y niños:

Estudios de casos prácticos

en América Latina y el Caribe

Contenido

Estudios de casos prácticos

Haití: La respuesta humanitaria al terremoto de 2010 y la nutrición infantil	2
Guatemala: La gestión de las emergencias	8
Haití: Enfrentar la malnutrición con productos alimentarios locales listos para el consumo	12
Honduras: Voluntarias de las comunidades promueven servicios de salud infantil y nutrición tras el Huracán Mitch	16
Perú: Los comedores populares optimizan el apoyo a los pobres en materia de nutrición	20
Guatemala: La crisis cafetera y el control del crecimiento de los niños	24

HAITÍ: LA RESPUESTA HUMANITARIA AL TERREMOTO DE 2010 Y LA NUTRICIÓN INFANTIL

Marie Chantal Messier¹, Ismael Ngnie Teta², Michele Doura³, Joseline Marhonne Pierre⁴, y Mohamed Ag Ayoya⁵

Situación antes del terremoto

En Haití, las tasas de desnutrición entre los niños menores de 5 años estaban entre las más elevadas de América Latina y el Caribe antes del terremoto que tuvo lugar el 12 de enero de 2010. En 2005, uno de cada tres niños de menos de 5 años tenía retraso del crecimiento (desnutrición crónica), uno de cada 10 estaba emaciado (padecía de desnutrición aguda) y seis de cada 10 tenían anemia. Los niños enfrentan el mayor riesgo de desnutrición en los dos primeros años de vida, un periodo de rápido crecimiento y desarrollo. En Haití, alrededor del 25% de los niños tenía un bajo peso al nacer. La prevalencia de la emaciación infantil entre los niños de ese país alcanzaba el máximo nivel entre los 9 y los 11 meses de edad y tres cuartas partes de todos los niños anémicos estaban entre los 6 y los 23 meses de edad (1).

Antes del terremoto, la pobreza y la inseguridad alimentaria eran generalizadas: el 76% de la población vivía con menos de US\$2 diarios y el 54% vivía en la pobreza extrema (2). Más de la mitad de todos los hogares estaban afectados por la inseguridad alimentaria (3). Una manifestación de esta situación era la gran disparidad en el estado de nutrición en todo el país: en las zonas rurales la tasa de retraso del crecimiento en los niños (el 28%) era casi el doble de la tasa en las zonas urbanas (el 15%) y entre las familias pobres era siete veces más alta que entre las más adineradas (el 34% y el 5% respectivamente) (1).



¹ Senior Nutrition Specialist, World Bank-Washington, D.C.

² Nutrition Specialist, UNICEF-Haiti.

³ Head of Nutrition Unit, WFP-Haiti.

⁴ Nutrition Director, Ministry of Health-Haiti.

⁵ Chief of Nutrition, UNICEF-Haiti.

Intervenciones realizadas después del terremoto

Los efectos directos e indirectos del terremoto agudizaron la vulnerabilidad de las madres y los niños a la desnutrición. Poco después de que se presentara, el gobierno proporcionó a las familias afectadas ayuda humanitaria decisiva con el apoyo de la comunidad internacional —lo que incluyó al Banco Mundial, UNICEF,

el PMA, la OPS y numerosas ONG internacionales y nacionales. La ayuda a las familias consistía en raciones de alimentos, servicios de salud y nutrición, acceso al agua y el saneamiento, al igual que programas de otorgamiento de subsidios a cambio de trabajo y transferencias de dinero en efectivo.

Entre las intervenciones de emergencia destinadas a prevenir y tratar la desnutrición infantil y reducir el riesgo de mortalidad infantil estuvieron:

- Educación y asesoría sobre las prácticas recomendadas de alimentación de lactantes y niños pequeños, incluida la protección y promoción de las prácticas óptimas de lactancia materna.
- Distribución general de alimentos complementarios listos para el consumo entre los niños y las mujeres.
- Suministro de suplementos de micronutrientes a las madres y los niños: suplementos de hierro y ácido fólico, vitamina A, cápsulas de yodo y comprimidos para tratar los parásitos intestinales.
- Tratamiento integral de la malnutrición aguda.

Entre los arreglos logísticos que se hicieron para entregar estas intervenciones estuvieron:

- 107 “tiendas para bebés” y “centros acogedores para los bebés”, que constituían espacios seguros en los cuales las madres podían amamantar; asesoría sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, y preparados para lactantes destinados a los pequeños huérfanos y a los niños cuyas madres no podían alimentarlos con leche materna.
- 159 programas ambulatorios de alimentación terapéutica en las comunidades, para aquellos niños que padecían de malnutrición aguda grave y no presentaban complicaciones médicas.
- 28 centros de estabilización en hospitales, para aquellos niños que padecían de malnutrición aguda grave y presentaban complicaciones médicas.
- 240 lugares en los cuales se proporcionaba alimentación complementaria a los niños que padecían de malnutrición aguda moderada.
- Campañas masivas para la distribución de micronutrientes y medicamentos para tratar los parásitos intestinales.
- Servicios básicos de salud materna e infantil (en particular de inmunización) en instalaciones sanitarias.
- Contratación de ONG para que proporcionaran agua potable, así como servicios de higiene y saneamiento en los campamentos.

Entre los logros derivados de estas intervenciones durante el primer año estuvieron los siguientes (4, 5):

1. 49.000 mujeres embarazadas y lactantes recibieron servicios en las tiendas para bebés.
2. El 83% de las madres que acudieron a las tiendas para bebés practicaron la lactancia exclusiva por seis meses.
3. 102.000 huérfanos o niños cuyas madres no pudieron alimentarlos con leche materna recibieron preparados para lactantes listos para el consumo por seis meses.
4. Más de 1 millón de niños entre los 6 y los 59 meses de edad (el 85% de los niños del país seleccionados como beneficiarios) recibieron suplementos de vitamina A, comprimidos para tratar los parásitos intestinales y suplementos de yodo, cuando eran apropiados.
5. Más de 500.000 mujeres embarazadas recibieron suplementos de hierro y ácido fólico y de yodo;
6. Más de 11.250 niños con emaciación grave recibieron tratamiento.
7. Más de 33.790 niños entre los 6 y los 59 meses de edad recibieron tratamiento para la malnutrición aguda moderada.
8. 178.719 niños entre los 6 y los 59 meses recibieron alimentación complementaria general para la prevención de la malnutrición.
9. 113.984 mujeres embarazadas y lactantes recibieron alimentos como parte de programas de salud y de alimentación complementaria de madres e hijos.
10. Más de 1,9 millones de niños fueron inmunizados.
11. Más de 680.000 personas recibieron agua potable.
12. Más de 11.300 letrinas fueron construidas.

Perturbaciones posteriores al terremoto

Durante el segundo semestre de 2010, cuando las familias todavía vivían en condiciones muy precarias, la ayuda humanitaria y las transferencias de dinero en efectivo para las familias pobres afectadas comenzaron a disminuir. Además, los haitianos tuvieron que enfrentar el embate sucesivo de la escalada en los precios de los alimentos y el costo de vida, una epidemia de cólera y los efectos del huracán Tomás, que afectó las cosechas de cultivos básicos clave. Estas perturbaciones exacerbaron de modo inexorable las penurias ya graves que experimentaban las familias

más pobres, y amenazaron seriamente el estado de nutrición de los grupos vulnerables, especialmente de las mujeres embarazadas y los niños pequeños. Debido a esto, las intervenciones de nutrición que ya se enumeraron se extendieron al resto del país; el suministro de suplementos de zinc se incorporó al tratamiento de la diarrea, incluidos los casos infantiles de cólera; y a los niños dados de alta de los centros de tratamiento del cólera se les proporcionó alimentación complementaria destinada a prevenir la malnutrición.

Situación de la nutrición después del terremoto

Impacto a corto plazo

Un estudio de control y evaluación estandarizados del programa de socorro y transición realizado en las zonas afectadas con la metodología SMART —para la detección de la mortalidad, el estado nutricional y la seguridad alimentaria en situaciones de crisis—cuatro meses después del terremoto (entre mayo y junio de 2010) mostró que la situación de nutrición de los niños se mantenía estable, comparada con la que existía antes del desastre (6). La prevalencia de la malnutrición aguda entre los niños de 6 a 59 meses de edad oscilaba entre el 2,49% y el 5,62%. La malnutrición aguda grave estaba entre el 0,47% y el 1,50%. El informe no contenía datos de la tasa de malnutrición crónica.

Impacto a mediano plazo

Un segundo estudio realizado con la metodología SMART en 2012, poco después de transcurridos dos años desde el terremoto (7), mostró una disminución en los niveles de prevalencia de la malnutrición en comparación con los datos de 2005 y 2006 (1). La tasa de retraso del crecimiento en los niños entre los 6 y los 59 meses de edad era del 23,4%. Las tasas de malnutrición aguda y malnutrición aguda grave eran del 4,1% y el 1,0%, respectivamente. Estos resultados indican que las intervenciones y los mecanismos de entrega establecidos en respuesta a las crisis tuvieron el efecto de mitigar la malnutrición infantil en Haití.



LECCIONES APRENDIDAS

Factores que influyeron en el éxito

Se demostró que la rápida respuesta y la aplicación de intervenciones eficaces en función de los costos que se centraban en proteger el estado de nutrición durante los primeros 1.000 días protegía de aumentos adicionales de la prevalencia de la malnutrición aguda entre los niños pequeños expuestos a perturbaciones sucesivas.

- La disponibilidad oportuna de recursos suficientes (con destinación específica o sin ella) facilitó la ejecución de intervenciones, la adquisición eficiente de productos y el fortalecimiento de la capacidad institucional nacional.
- La movilización de personal calificado y experimentado para que prestara dentro del país asistencia técnica sobre la nutrición fue muy valiosa, ya que apoyó el diseño y ejecución por parte del Ministerio de Salud de las actividades de respuesta ante la emergencia y de recuperación, y contribuyó a actualizar las políticas y programas sobre seguridad nutricional.
- Un mecanismo eficiente de coordinación, encabezado conjuntamente por el gobierno y el grupo temático de las Naciones Unidas sobre nutrición, con el apoyo de numerosas organizaciones internacionales, permitió una mejor asignación de los recursos, la identificación de las brechas en la cobertura, la divulgación de conocimientos y prácticas óptimas en este campo y la sostenibilidad de las intervenciones en el periodo de recuperación.
- Es probable que la protección, la promoción y el apoyo de las prácticas óptimas de alimentación de los lactantes y niños pequeños —sobre todo de la lactancia materna exclusiva y la promoción intensa de la higiene— hayan protegido a una gran cantidad de niños del cólera.
- La donación y distribución de preparados artificiales para lactantes fue vigilada cuidadosamente por el Comité Nacional de Coordinación de la Nutrición.
- La distribución generalizada de productos específicos adaptados a las necesidades de las mujeres embarazadas y los niños pequeños contribuyó a contener la malnutrición.
- La vigilancia y la evaluación, realizadas de manera oportuna y rigurosa, revelaron que la respuesta en materia de nutrición había sido adecuada.
- Los resultados positivos incrementaron el interés político en aumentar las inversiones destinadas a lograr una mayor seguridad nutricional.

Oportunidades para lograr una reducción sostenida de la malnutrición

Aunque los niveles de malnutrición aguda nunca alcanzaron umbrales de emergencia, la malnutrición crónica —que refleja la privación crónica de nutrición— ha seguido constituyendo una crisis silenciosa para uno de cada tres niños menores de 5 años del país. Siguen existiendo enormes brechas en el acceso a los servicios de salud y nutrición de los niños de zonas rurales a las cuales es difícil llegar y aquellos que viven en los barrios pobres urbanos sobrepoblados. Se requiere fortalecer los sistemas de salud y crear una red de servicios para asegurar que se llegue a todos los niños. El financiamiento del sector de salud a partir de los resultados y la capacitación de trabajadores comunitarios especializados en la asistencia a los hogares son iniciativas prometedoras destinadas a ampliar la cobertura de los servicios.

- La malnutrición aguda sigue siendo una preocupación en algunos focos ubicados por todo el país, sobre todo en las zonas remotas aisladas. Ampliar el alcance de los programas de atención de la malnutrición aguda en la comunidad sería una intervención eficaz en función de los costos.
- Es fundamental tener mecanismos para controlar la seguridad alimentaria y nutricional, de modo que se cuente con información y se tomen decisiones en tiempo real, y los aliados de la Coordinación Nacional de Seguridad Alimentaria y del Ministerio de Salud están trabajando en el diseño de esos mecanismos, que podrían incluir el uso de tecnología de telefonía celular.
- El fortalecimiento adicional de la capacidad institucional y local es importante para extender la prevención, la selección de beneficiarios y la identificación oportuna de los niños vulnerables, y para asegurar el tratamiento o remisión oportunos y apropiados de los casos de desnutrición. Se están emprendiendo esfuerzos para ofrecer programas de capacitación sobre la nutrición en universidades de Haití, en colaboración con instituciones académicas de otros países.

Implicaciones para las políticas y los programas

- En los países propensos a enfrentar crisis y emergencias, las políticas y estrategias nacionales sobre nutrición y seguridad alimentaria deben incluir planes destinados a proteger el estado de nutrición de los grupos vulnerables, con un énfasis especial en intervenciones destinadas a optimizar la nutrición durante los primeros 1.000 días de vida.
- Se debe prestar atención a las familias “receptoras” que ofrecen techo a las víctimas desplazadas, para prevenir la inseguridad alimentaria ocasionada por el hecho de que están alimentando a un número adicional de personas.
- Se debe asegurar la aplicación oportuna de un sistema riguroso de control y evaluación o de vigilancia de la nutrición, para determinar el estado de nutrición de la población, identificar a los grupos vulnerables y evaluar la eficacia de la entrega de distintas intervenciones relacionadas con la nutrición.
- Los servicios deben ampliarse, ya sea por medio de alianzas o de mecanismos de financiamiento basados en los resultados, a fin de lograr una cobertura geográfica adecuada y acceso a la atención por parte de las personas que viven en las zonas rurales más remotas y en los barrios pobres de las zonas urbanas.
- Es preciso fortalecer la capacidad de largo plazo del sistema de salud y de las comunidades, para reducir la tasa de retraso del crecimiento en Haití.
- La recuperación y la formación de capacidad en el país deberían ser una parte importante de la respuesta humanitaria, para lo cual se deben fortalecer las capacidades del gobierno y de sus socios, a fin de asegurar que a los niños y a las mujeres embarazadas y lactantes se les proporcionen intervenciones de nutrición adecuadas.
- La coordinación y la comunicación entre todos los aliados —las instituciones gubernamentales, los organismos de la ONU, las organizaciones internacionales, las ONG, las entidades locales y las organizaciones comunitarias— deben considerarse esenciales para la entrega eficaz de intervenciones de nutrición.

GUATEMALA: LA GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS

Santizo M., Quezada R, Yerovi Y, Paz E, Esquivel I.⁶

Contexto

Los altos niveles de desigualdad y pobreza en Guatemala estaban entre las conclusiones a las cuales llegó un estudio realizado por la ONU en 2009, después de que el fenómeno climático “El Niño” diera lugar a una prolongada temporada seca, en la que las lluvias eran irregulares, sobre todo en una franja del territorio guatemalteco conocido como “el corredor seco” por sus terrenos semiáridos, las escasas y deterioradas cosechas y los periodos recurrentes de sequía. En ese año, la producción agrícola de los municipios de nueve departamentos ubicados en esa franja fue la más afectada, lo cual dejó a los residentes cada vez más vulnerables a la inseguridad alimentaria y, por consiguiente, en mayor riesgo de que sus problemas de nutrición empeoraran. A finales de agosto, los medios de comunicación comenzaron a informar de un aumento de los casos de malnutrición aguda. Debido a esto, un mes después el gobierno declaró un “estado de calami-

dad pública” para abordar la crisis de inseguridad alimentaria y nutricional que el país enfrentaba. En ese momento, 410.780 familias, equivalentes a unos 2,5 millones de personas, estaban en riesgo de enfrentar la inseguridad alimentaria y nutricional, incluidos por lo menos la mitad de todos los niños y los adolescentes menores de 18 años.

En respuesta al llamado a la cooperación internacional que formuló el gobierno, la ONU estableció un grupo temático sobre nutrición encabezado por UNICEF y que incluía al PMA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y varias ONG que forman parte de la “Red humanitaria”. Luego el grupo temático procedió a planificar intervenciones destinadas a enfrentar la malnutrición aguda en Guatemala, con el objeto de salvar las vidas de los niños.



⁶ UNICEF

Intervenciones

El grupo temático realizó una evaluación inicial de la situación relativa a la inseguridad alimentaria en el país y, a partir de ella, diseñó un plan para prevenir la morbilidad relacionada con la malnutrición aguda en niños menores de cinco años. La principal estrategia consistía en prestar una atención completa para el tratamiento de la malnutrición aguda no acompa-

ñada por otras complicaciones en la comunidad, con la participación del Ministerio de Salud, otros programas comunitarios de salud y nutrición, los consejos municipales de seguridad alimentaria y los dirigentes comunitarios, y que el personal de los hospitales manejara los casos de malnutrición aguda grave.

Las acciones humanitarias se centraron en:

- La compra de suministros destinados a salvarles la vida a los niños menores de 5 años aquejados de malnutrición aguda (moderada y grave).
- La identificación inmediata de los casos de malnutrición aguda no acompañada de otras complicaciones a nivel de la comunidad, y de los casos acompañados de complicaciones a nivel hospitalario.
- Actividades de información, educación y comunicación al público, haciendo énfasis en la asesoría para detectar signos de peligro y aprender prácticas apropiadas de alimentación, con la meta de promover la recuperación nutricional de los niños y las mujeres en edad de procrear.

Resultados

- Se compraron leches terapéuticas (F-75 y F-100) y se distribuyeron en los hospitales para el tratamiento y la recuperación de 1.000 niños que padecían de malnutrición aguda grave en la zona más afectada.
- A 4.000 se les proporcionaron sobres de sales de rehidratación oral.
- Se contrató y capacitó a más de 200 profesionales de salud y nutrición para asegurar una respuesta adecuada a la crisis.
- A través de los medios de comunicación locales se promovieron la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada.
- Se preparó un plan de comunicación destinado a enseñar a las madres a preparar gachas nutritivas con alimentos locales, mediante demostraciones en las comunidades.
- Se les salvó la vida al menos a 4.000 niños menores de 5 años.

LECCIONES APRENDIDAS



El grupo temático de nutrición es una entidad muy importante para la coordinación de acciones durante las emergencias.

Es importante que el grupo temático de nutrición sepa con anticipación qué instituciones trabajan en cuáles lugares y qué tipo de insumos se han enviado a los lugares antes de las emergencias.

A nivel local deben estar listos planes de gestión de riesgos antes de las emergencias.

Aunque todos los años ocurren emergencias en Guatemala, a menudo no se incorpora la atención de la malnutrición a la respuesta respectiva como una de las acciones prioritarias.

Recomendaciones relativas a modificaciones de las políticas

Los dirigentes comunitarios y aquellos que trabajan en entidades dedicadas a la atención de emergencias deben tener conocimientos básicos sobre la importancia de proteger el estado de nutrición en tiempos de inestabilidad, para que puedan realizarse acciones inmediatas orientadas a promover la lactancia y proteger a los niños menores de 5 años, y en especial la lactancia materna exclusiva de los menores de 6 meses. Este conocimiento reviste especial importancia porque uno de los primeros alimentos que se donan durante las emergencias es la leche en polvo y todavía no existen reglamentos para controlar estas donaciones.



HAÍTÍ: ENFRENTAR LA MALNUTRICIÓN CON PRODUCTOS ALIMENTARIOS LOCALES LISTOS PARA EL CONSUMO

Clark Matthews⁷, Marie Chantal Messier⁸, Peter Holland⁹, and Lora Iannotti^{10,11}

La desnutrición crónica impide de modo significativo el desarrollo y crecimiento económico de un país. En Haití, antes del terremoto de enero de 2010, aproximadamente uno de cada tres niños menores de 5 años tenía retraso del crecimiento, un indicador de desnutrición crónica. Los niños cuyo crecimiento está retrasado no se desarrollan plenamente en lo físico y lo mental, lo que a su vez reduce su capacidad para convertirse en adultos exitosos y productivos. Gracias a una iniciativa local que se ejecutó en el norte de Haití, un nuevo suplemento nutritivo ha demostrado ser prometedor en los esfuerzos por enfrentar los problemas de desnutrición y desempleo del país, que vienen de la mano.

Implicaciones para las políticas y recomendaciones

- ✓ La prevención y el tratamiento de la malnutrición requieren enfoques sostenibles, cuyo alcance se pueda extender y que sean de naturaleza multisectorial.
- ✓ Los alimentos complementarios enriquecidos pueden ser eficaces en función de los costos para resolver la desnutrición crónica.
- ✓ Los mejores resultados en materia de nutrición pueden contribuir a un crecimiento económico más rápido y a tasas de rendimiento de la inversión más elevadas.
- ✓ Los alimentos complementarios nutritivos se pueden producir a nivel local, lo cual contribuye al desarrollo económico y la reducción de la pobreza.
- ✓ El suministro de estos alimentos debe estar acompañado de otros servicios de salud y nutrición, tales como la promoción del crecimiento, la educación sobre las prácticas óptimas de alimentación infantil, las vacunas y la higiene.
- ✓ La entrega requiere soluciones innovadoras para llegar a los niños más vulnerables.
- ✓ El control y la evaluación son esenciales para asegurar la eficiencia de la intervención.

Productos innovadores para prevenir la desnutrición crónica

Durante los últimos años se han diseñado distintos productos alimentarios destinados a enfrentar las diferentes clases de desnutrición, tanto en la etapa de prevención como en la de tratamiento. Se trata fundamentalmente de productos alimentarios enriquecidos listos para el consumo que contienen maní o cacahuate, aceite y leche, y que proporcionan una forma concentrada de energía, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. Estos productos tienen un largo tiempo de caducidad y no contienen agua, lo que impide el crecimiento de microbios y permite el almacenamien-

to seguro en el hogar, incluso en los climas tropicales. No requieren reconstitución o preparación y se pueden consumir directamente del empaque o combinados con las comidas. Los alimentos terapéuticos listos para el consumo tienen una alta densidad calórica y se utilizan para el tratamiento de la malnutrición aguda, mientras los alimentos complementarios listos para su consumo contienen menos calorías, pero todavía constituyen un complemento completo de vitaminas y minerales, y están destinados a la prevención de la desnutrición crónica. Los alimentos terapéuticos

⁷ World Bank, HDNED.

⁸ World Bank, LCSHH.

⁹ World Bank, LCSHE.

¹⁰ Washington University.

¹¹ Christine McDonald provided editorial support.

¹² Chronic undernutrition refers to a child with a low height for age. The condition is also referred to as growth retardation or stunting.

Los costos de la desnutrición en los niños haitianos y la lógica de invertir para prevenirla



Fuente: Nutriset, 2012

listos para el consumo se han utilizado en Haití por muchos años para tratar la malnutrición aguda. Sin embargo, el uso de los alimentos complementarios listos para su consumo en la prevención de la desnutrición crónica ha sido limitado hasta ahora.

Nutributter es un alimento complementario listo para el consumo, y un paquete de 20 gramos proporciona cerca de 100 kilocalorías y el 100% del consumo diario recomendado de las vitaminas y los minerales esenciales. El producto es apropiado para los niños de 6 a 24 meses y se debe emplear para complementar —no para remplazar— la lactancia materna continua y una dieta variada de alimentos locales.

El Banco Mundial financió en 2011 un estudio destinado a determinar la eficacia, factibilidad y aceptabilidad de distribuir alimentos complementarios enriquecidos. Fue realizado por la facultad de Trabajo Social George Warren Brown de Washington University, en colaboración con Edesia, una productora estadounidense de Nutributter, y Meds and Foods for Kids (MFK), la fabricante local de alimentos listos para el consumo, que tiene sede en Cap Haitien. De acuerdo con el modelo de MFK, los suplementos alimentarios se entregaron junto con un paquete integrado de servicios que incluía la educación sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para reducir la prevalencia de la desnutrición crónica, mejorar las medidas antropométricas y promover el desarrollo cognitivo en la primera infancia.

Cada año, Haití pierde más de US\$56 millones de PIB debido a las deficiencias de vitaminas y minerales, y aproximadamente una tercera parte de las muertes de los niños se deben a la desnutrición, en su mayoría debido a la mayor gravedad de las enfermedades (1). Antes del terremoto, una cuarta parte de los lactantes había tenido un bajo peso al nacer y tres cuartas partes de los niños de 6 a 24 meses eran anémicos. Los niños menores de 36 meses son los más afectados por la desnutrición crónica y dos quintas partes de los niños sufren de retraso del crecimiento (2).

Las deficientes prácticas de alimentación de los lactantes contribuyen en gran medida a estas tasas alarmantes de desnutrición. Solamente un 41% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva y al 68% de los niños de 6 a 24 meses no se les alimenta de acuerdo con las tres prácticas recomendadas para lactantes y niños pequeños, esto es, la diversidad de la dieta, una frecuencia adecuada de alimentación y lactancia materna o productos lácteos (3). Proporcionar a los niños alimentos altamente nutritivos representa a diario un desafío para las familias haitianas, ya que los alimentos que tienen alta densidad de nutrientes a menudo no se pueden conseguir o tienen un precio demasiado alto. La baja calidad de la dieta y las elevadas tasas de infecciones son factores agravantes que exacerbaban las tasas de desnutrición del país.

Los primeros 1.000 días de vida constituyen una etapa crucial del crecimiento y el desarrollo, durante la cual la desnutrición puede prevenirse del modo más eficaz. Después de los 24 meses de edad, las consecuencias de la desnutrición crónica se hacen irreversibles y el desarrollo cognitivo del niño se ve afectado.

El Consenso de Copenhague clasificó a las intervenciones relativas a la nutrición entre las inversiones sociales más rentables. Además, los datos relativos a las inversiones en el desarrollo de la primera infancia demuestran que sus tasas de rendimiento pueden ser significativamente más altas que las de intervenciones correctivas destinadas a promover el desarrollo humano (4).



Diseño de una solución local a la desnutrición crónica

MFK es una ONG registrada que ha operado en Haití desde 2003. Como parte de la donación del Banco Mundial, MFK llevó a cabo un estudio comparativo aleatorizado de Nutributter a fin de determinar la eficacia en la prevención de la desnutrición crónica de proporcionar un alimento complementario listo para el consumo junto con otros servicios de salud y nutrición. El estudio también buscaba determinar la viabilidad de un mercado para la producción local de Nutributter, que involucraría a cultivadores y agroindustrias locales.

El estudio se inició en junio de 2011 y se está realizando en Fort St. Michel, una zona amplia de barrios pobres ubicada en la costa norte de Haití, en la cual el 32% de los niños menores de 5 años padece de retraso del crecimiento. Un total de 350 participantes

se dividió en parejas de madre y lactante y se asignó de modo aleatorio a uno de los tres grupos siguientes: 1) paquete integrado solamente; 2) paquete integrado y Nutributter por tres meses, y 3) paquete integrado y Nutributter por seis meses. Los lactantes de los grupos 2 y 3 comienzan a recibir Nutributter entre los 6 y los 8 meses de edad.

El estudio se terminó en noviembre de 2012, y se espera que sus conclusiones se presenten a comienzos de 2013. Las conclusiones iniciales indican que el uso de un alimento complementario listo para el consumo en Haití puede disminuir las deficiencias de micronutrientes en los niños pequeños y contribuir a una mayor seguridad nutricional, lo que en última instancia mejorará los indicadores de resultados relativos al desarrollo de la primera infancia.

Beneficios de prevenir la malnutrición mediante la producción local de alimentos complementarios listos para el consumo

Prevenir la malnutrición por medio del suministro de cantidades pequeñas de alimentos complementarios enriquecidos para mejorar la densidad de nutrientes de la dieta de un niño pequeño es eficaz. El costo promedio anual de los alimentos complementarios destinados a prevenir y tratar la malnutrición moderada oscila entre US\$0,11 y US\$0,22 diarios por niño (incluidos los costos de distribución o entrega). Por otro lado, el costo del tratamiento de la malnutrición aguda grave en la comunidad, que asciende a unos US\$200 por niño tratado, la convierte en una intervención costosa. Se calcula que los ahorros de costos que conllevan los alimentos complementarios son de entre US\$500 y US\$1.000 por cada año de vida ajustado en función de la discapacidad que se ahorre, mientras el costo del tratamiento de la malnutrición aguda en la comunidad es de US\$41 por cada año de vida ajustado en función de la dis-

capacidad que se ahorre (5). El costo de producción por unidad de Nutributter se calcula entre US\$0,08 y US\$0,12, que equivale a US\$9,60 o US\$14,40 por cada tratamiento de cuatro meses a un niño (sin incluir los costos de la inversión inicial).

La producción local de estos alimentos complementarios también puede contribuir a la creación de empleos locales a corto plazo. En respuesta a la mayor demanda de estos alimentos, MFK está invirtiendo en una fábrica de mayores dimensiones y eficiencia, que generará mayores economías de escala, una producción más elevada y un impacto positivo en la economía nacional, debido a la compra de productos a los cultivadores locales, el empleo y la capacitaciones de trabajadores haitianos y el apoyo a las agroindustrias locales.

Implicaciones para los programas y las políticas

A partir de los resultados del estudio sobre Nutributter, los funcionarios que adoptan las políticas podrán ver que el suministro de productos nutritivos de bajo costo producidos en el entorno local puede tener un impacto beneficioso en la salud y el estado de nutrición de los niños y a la vez mejorar sus indicadores de desarrollo.

El estudio también demuestra que las inversiones eficaces en la agricultura y la agroindustria pueden contribuir a mejorar los indicadores de desarrollo humano, a crear empleo y a promover el desarrollo económico.

Las perspectivas de tener éxito en la extensión del alcance de esta innovación son buenas. En el contexto haitiano, en el cual la pasta de maní ya es un alimento básico, Nutributter encaja en las prácticas relativas al consumo de alimentos. Para ser eficaz, el suministro de productos alimentarios complementarios a los niños debe estar acompañado de la educación sobre prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños pequeños, tales como la lactancia materna, y sobre intervenciones de salud tales como las vacunas, el control del crecimiento y la estimulación durante la primera infancia.

Como suele ser el caso de cualquier pequeña empresa que desea crecer, la siguiente fase plantea algunas dificultades: la inexistencia y necesidad de estrategias innovadoras

de entrega que permitan llegar a las poblaciones remotas afectadas por las más altas tasas de malnutrición; el control de la calidad para que, al aumentar la producción local de alimentos complementarios, se siga ciñendo a las normas internacionales; y la vigilancia y evaluación rigurosas para establecer el impacto y seguir basando las políticas en datos concretos.

Por último, apoyar la producción local sostenible y alcanzar el desarrollo económico exige una coordinación deliberada entre múltiples sectores y con los cultivadores y las agroindustrias, y actividades de investigación y desarrollo, así como de seguimiento y evaluación.

A largo plazo, los beneficios de la producción local de alimentos van más allá de la prevención de la desnutrición. Esta puede contribuir a lograr mejores resultados educativos y, por tanto, mejorar las perspectivas de obtención de empleo en la edad adulta. Fomentar la seguridad nutricional de los niños significa que la próxima generación de haitianos estará en mayor capacidad de lograr su potencial como una fuerza laboral inteligente, fuerte y saludable. En un país como Haití, que tiene una alta tasa de desempleo y una baja productividad, esta intervención de bajo costo y alto rendimiento promete convertirse en un factor de que cambie la situación.

HONDURAS: VOLUNTARIAS DE LAS COMUNIDADES PROMUEVEN SERVICIOS DE SALUD INFANTIL Y NUTRICIÓN TRAS EL HURACÁN MITCH

Marcia Griffiths¹³

La situación

A finales de octubre de 1998, la destrucción ocasionada por el Huracán Mitch hizo tambalear a América Central. En Honduras, en particular, los vientos fuertes de la tormenta devastaron grandes porciones del país y volcaron a su paso inmensas cantidades de agua que alcanzaron una profundidad de más de cinco pies en una semana. Según los cálculos de la Agencia de

los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 5.000 personas perdieron la vida y hasta la mitad de los habitantes fueron desplazados temporalmente. Muchas de las zonas más afectadas ya eran víctimas del aislamiento, el subdesarrollo y los altos niveles de desnutrición infantil.

Descripción de la intervención aplicada durante la respuesta ante la emergencia

Atención Integral a la Niñez en la Comunidad es un programa que da prioridad a la promoción del crecimiento. Es una adaptación de programas ejecutados en Asia que demostraron ser eficaces para prevenir la malnutrición en los niños pequeños. En esencia, busca prevenir la desnutrición en lactantes y niños menores de 24 meses. Se basa en acciones individuales, familiares y comunitarias que ayudan a mejorar la salud y la nutrición de los niños. Tanto las acciones de los miembros del hogar como las de la comunidad se centran en mantener un grado de crecimiento mensual adecuado en todos los niños menores de 2 años. Una parte distintiva del enfoque del programa son las voluntarias de la comunidad, o monitoras, que pesan a los niños menores de 2 años y ofrecen asesoría a todas las personas a cargo de ellos. También remiten al centro de salud más cercano a aquellos que presentan problemas. El programa combina y fortalece

las acciones relativas a la salud y la nutrición para prevenir y reducir la prevalencia de la malnutrición y las enfermedades entre los niños pequeños. También constituye una plataforma para otras intervenciones en materia de salud infantil, como las jornadas de vacunación, el cuidado del recién nacido y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

En cada una de las comunidades en la cuales se empezó a adoptar el programa se habían elegido varias voluntarias o monitoras para que recibieran capacitación en las actividades clave del programa y sirvieran de enlace entre la comunidad y sus organizadores. Entre sus primeras actividades estuvo la realización de un censo de todos los niños menores de 24 meses. Luego iniciaron un programa mensual de seguimiento y promoción del crecimiento adecuado en todos los

¹³ The Manoff Group.

niños, mediante el control de su peso, la asesoría y, cuando sea indicado, la remisión a instituciones sanitarias.

Aunque el programa apenas había comenzado, el apoyo que sus voluntarios ofrecieron durante el periodo de respuesta ante la emergencia fue invaluable para las comunidades. Después del desastre, mientras los trabajadores de socorro trataban de documentar la situación, estas monitoras, ya capacitadas, tenían un censo de los niños de sus comunidades, así como balanzas para evaluar rápidamente su estado de nutrición, con el objeto de definir las necesidades nutricionales de las comunidades. También estaban disponibles para distribuir raciones de alimentos, asegurarse de que las familias con niños pequeños y otras muy necesitadas recibieran el apoyo adecuado, y asesorar a las personas a cargo de los niños en temas como las prácticas de alimentación infantil, la importancia de consumir agua no contaminada y el tratamiento de la diarrea.

Abundan los relatos anecdóticos sobre la importancia que tuvieron las monitoras y otros agentes comunita-

rios en las actividades de socorro. Varios meses después de ocurrido el desastre se recogieron datos de 35 comunidades seleccionadas al azar en dos de las regiones de salud que participaban en el programa y que fueron afectadas por el Huracán Mitch. Los censos comunitarios, en los que se registró el estado de nutrición en julio y agosto de 1998 (unos meses antes del paso del huracán) revelaban una prevalencia del 19% del peso inferior al normal en los niños menores de 2 años. Casi un año después, en mayo y junio de 1999, los censos efectuados en esas mismas comunidades revelaban una prevalencia del peso inferior al normal del 14%. Aunque no existen datos sobre las tendencias de las comunidades que no participaron en el programa, no se esperaría que la prevalencia del peso inferior al normal disminuyera inmediatamente después de un desastre como el Huracán Mitch. Y, de hecho, un estudio realizado entre familias que tuvieron que reubicarse reveló que estaban sufriendo una crisis nutricional en julio y agosto de 1999, unos nueve meses después del huracán. Es probable que el trabajo de las monitoras haya ayudado a prevenir una crisis nutricional grave durante el periodo de emergencia.



El programa Atención Integral a la Niñez en la Comunidad: una plataforma útil para las actividades de reconstrucción

Parte del dinero destinado a la reconstrucción que el gobierno de Honduras recibió de USAID se utilizó para ampliar la cobertura de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad, de cinco regiones de salud a 11. El programa de reconstrucción se inició capacitando a los funcionarios del sector de salud en cada una de las zonas nuevas y ellos, a su vez, lanzaron el programa. En cuestión de meses se había seleccionado y entrenado a más de 1.000 monitoras, que ya trabajaban en unas 275 de las comunidades más necesitadas de la zona de captación de cada centro ubicado en las regiones recientemente incorporadas al programa. BASICS, un programa de ayuda para la supervivencia infan-

til apoyado por USAID, efectuó una valoración rápida en las comunidades que recibieron recursos para su reconstrucción y habían aplicado el programa durante un periodo mínimo de seis meses (43 de las 275 comunidades). BASICS recogió los datos habituales relativos al crecimiento (peso para la edad) de los niños menores de 12 meses, esto es, aquellos en los que un periodo corto de participación en el programa produciría el mayor efecto. Incluso antes de que concluyera el periodo de reconstrucción, los resultados revelaban una reducción del peso inferior al normal del 50% entre los lactantes menores de 12 meses, a pesar de que al hacer la segunda medición la edad media de los niños era de aproximadamente un mes más (véase el cuadro siguiente).

PORCENTAJE DE NIÑOS CUYO PESO PARA LA EDAD ES < --2 DE*

	Primera medición	Segunda medición
Niñas menores de 12 meses	8.4% (20/239)	3.5% (5/141)
Niños menores de 12 meses	6.8% (18/264)	4.1% (7/172)
Total	7.6% (38/503)	3.8% (12/313)

En el cuadro anterior se destaca la disminución significativa del número de niños que se pesaron entre la primera y la segunda medición, la cual podría significar que no se estaban registrando más niños en el programa y que después del desastre las familias no estaban acudiendo a los centros con la frecuencia necesaria.

LECCIONES APRENDIDAS

- Los programas comunitarios, como el de Atención Integral a la Niñez, pueden ser un mecanismo muy eficiente para proteger la nutrición de los niños pequeños y un canal a través del cual el gobierno u otros organismos de ayuda humanitaria pueden encauzar el apoyo a las comunidades necesitadas durante un periodo de crisis o emergencia. Esto se debe a que los trabajadores comunitarios conocen a las familias y a los más vulnerables, están dispuestos a que los convoquen a ayudar a sus comunidades y pueden proporcionar a las familias apoyo educativo para garantizar la pronta recuperación de los niños pequeños.
- Los programas comunitarios de promoción del crecimiento como el de Atención Integral a la Niñez pueden fortalecerse y ampliarse, y son una buena inversión para prestar servicios rápidos a las familias afectadas tanto después de una emergencia como durante una crisis económica. Los agentes comunitarios pueden transmitir información importante a la comunidad y distribuir alimentos, servicios de nutrición y suplementos alimenticios tales como micronutrientes en polvo y sales de rehidratación oral para los niños pequeños, aparte de productos para el aseo personal y la purificación del agua.
- Las voluntarias de la comunidad pueden ser de gran utilidad para seleccionar los beneficiarios de manera eficaz. Puesto que ellas saben cuáles son las familias más necesitadas, pueden convertirse en el mecanismo principal de enlace para asegurar la correcta selección de beneficiarios de los alimentos y programas. Sin embargo se debe asegurar cuidadosamente la confiabilidad e imparcialidad de las monitoras. Las autoridades también deben ser muy claras respecto al carácter transitorio de la ayuda que entregan, como la distribución de raciones de alimentos, para mantener el interés de la comunidad en participar en actividades comunitarias y apoyar a las monitoras después de que se retire la ayuda.
- Un factor fundamental para una respuesta rápida y eficaz en materia de nutrición es el control de los datos recogidos por las monitoras y su integración a los sistemas nacionales de información sobre la salud. Honduras, al igual que otros países, está realizando programas piloto sobre la utilización de teléfonos celulares para acelerar la divulgación de la información y aumentar la eficacia en función de los costos.

PERÚ: LOS COMEDORES POPULARES OPTIMIZAN EL APOYO A LOS POBRES EN MATERIA DE NUTRICIÓN

Marcia Griffiths¹⁴

A fines de los años 60 y durante los 70, los centros urbanos del Perú experimentaron una explosión demográfica en la que grandes cantidades de campesinos se mudaban a las ciudades en busca de trabajo. Sin otro lugar adónde ir, estos inmigrantes construyeron en las afueras de las ciudades “pueblos jóvenes” cuyo número aumentó de 100 a 600 en 20 años. Estos pueblos carecían de servicios públicos y a sus habitantes, que tenían habilidades limitadas para comunicarse en español, a menudo se les dificultaba desenvolverse en el ambiente poco familiar de la gran ciudad.

Situación

A raíz de las presiones económicas y los altos precios de los alimentos, las mujeres organizaron grupos en estos pueblos y empezaron a comprar alimentos a granel directamente de los mayoristas para conseguir precios más módicos. Poco después también empezaron a cocinar juntas y las denominadas “ollas comunes” ganaron popularidad y dieron origen al movimiento de comedores populares.

Descripción de la intervención

El movimiento de los comedores populares del Perú es un ejemplo de los mecanismos innovadores diseñados por las personas que más han sufrido durante una crisis como estrategia para enfrentarse a ella de la manera más fácil y sostenible. Por lo general, quienes los organizan son mujeres que desempeñan papeles de liderazgo. Los administran las mujeres que usan las cocinas respectivas continuamente, aunque a otras también se les permite ayudar a dirigirlos de manera transitoria. Las mujeres compran los alimentos a granel para obtener precios más módicos de los mayoristas y luego, en un día determinado, preparan las comidas juntas para las demás familias participantes, para otras que las compran y, con frecuencia, para las viudas y los huérfanos de la comunidad. Un estudio (1) reveló que las mujeres pasaban un día entero cada dos o tres semanas en estas cocinas comunitarias. Los comedores populares permiten a los participantes servirles a sus familias de una a tres comidas al día.

En cada uno se calcula cómo se van a remunerar las horas de trabajo de cada participante. Las horas de trabajo no remunerado que una familia aporta al funcionamiento de los comedores le permiten comer gratis o recibir un descuento por las comidas. En la mayoría de los comedores, otras personas que no aportan su trabajo voluntario pueden beneficiarse comprando sus comidas. El costo de las comidas que se preparan en los comedores es muy asequible, ya que es inferior al costo que tendrían si las prepararan una persona o una familia. El bajo costo se deriva de la capacidad de las organizadoras para obtener los alimentos a precios más bajos o por medio de donaciones, y del hecho de que las familias no tienen que pagar el combustible para cocinar. En el estudio arriba mencionado se notó que aproximadamente un 35% de los alimentos que se consumían en los comedores populares se obtenía a bajo precio y cerca de un 7% provenía de donaciones (1).

¹⁴ The Manoff Group.

De proyecto comunitario a mecanismo de protección social

En la década de los 90, cuando el Perú experimentó un ajuste macroeconómico drástico al que se sumaron un aumento excesivo del desempleo y el incremento marcado de los precios de los alimentos y la electricidad, el gobierno y muchos organismos donantes canalizaron su apoyo por medio de los comedores populares. A medida que aumentaba el número de personas que buscaba comidas baratas, el gobierno incluyó a los comedores populares en su programa social para aumentar el poder adquisitivo de los pobres y ayudarles a enfrentar el rápido aumento de la inflación. Luego les ofreció subsidios y alimentos básicos.

Además, muchos lograron obtener financiamiento de varios organismos donantes para potenciar al máximo sus servicios a los pobres. A través de estos comedores “mejorados” se siguieron suministrando comidas, pero también se empezaron a ofrecer a las mujeres clases sobre nutrición y temas relativos a la economía del hogar, como las mejores opciones de compra y la conservación de los alimentos. Por consiguiente, los comedores populares demostraron que eran un mecanismo de protección social fundamental mediante el cual se suministraban comidas gratuitas o a bajo costo.

Beneficios nutricionales de la participación en los comedores populares

Según numerosos relatos anecdóticos, los comedores populares ayudaron a evitar que muchas familias sufrieran hambre durante los años de gran penuria económica que vivió el Perú. Cuando empezaron a recibirse donaciones de alimentos, el aporte calórico de los almuerzos que se servían en los comedores populares aumentó de unas 690 a 1.036 kilocalorías por comida, sin lugar a dudas una contribución importante para ayudar a satisfacer las necesidades diarias de calorías de una persona. Incluso más importante fue la composición de las comidas y el hecho de que quienes más se beneficiaron de este mecanismo, desde el punto de vista de la nutrición, hayan sido las mujeres y quizá las jovencitas, por ser las que trabajaban en los comedores y tenían mayor acceso a los alimentos. Muchas mujeres se llevaban las comidas a su casa y las combinaban con otros alimentos para nutrir a sus familias, especialmente durante lo peor de la crisis. Sólo cerca de un 10% de los niños menores de 4 años recibían comidas en los comedores populares; al resto

se le preparaban alimentos diferentes en casa. Las mujeres, en especial, aunque también sus familias, comían más frijoles (que se donaban con frecuencia), huevos y productos lácteos cuando participaban en el programa que cuando no lo hacían, aunque su consumo de frutas y verduras era más o menos igual al de aquellas que no trabajaban en los comedores (1).

Aunque los comedores pueden contribuir a la diversidad de la dieta, también pueden utilizarse para elevar el consumo de nutrientes específicos de ciertos grupos de población. En otro estudio se demostró que, al distribuir tabletas de zinc entre las mujeres y las adolescentes que comían en los comedores, y al incrementar su consumo de alimentos ricos en hierro como las legumbres, se lograba aumentar de manera significativa el consumo de hierro: el de las mujeres aumentó un promedio del 18% y el de las adolescentes un 11% (2).

Beneficios que van más allá de los alimentos

Las personas que participaron en el programa notaron que el hecho de trabajar con el grupo de mujeres en estas cocinas comunitarias había reforzado su confianza en su capacidad de emprender acciones que marquen la diferencia para sus familias y la comunidad. Muchas mujeres ofrecieron testimonios sobre la manera en que habían utilizado las habilidades adquiridas en los comedores para abrir sus propios negocios, lo que contribuye al desarrollo económico de sus comunidades.

También se identificaron otros beneficios como la estabilidad de las personas que trabajaron en los comedores y la capacidad de los organizadores de dirigir sus esfuerzos hacia los más necesitados. Aunque los participantes se mudaban y viajaban con frecuencia en busca de trabajo, se logró mantener un grupo básico de mujeres dedicadas a los comedores, lo cual brindó estabilidad al programa (3).



El principal desafío es la movilidad

Puesto que para participar en el programa había que trabajar en calidad de voluntario, sólo los más necesitados acudían a los comedores. Por tal razón, la orientación del programa hacia los más pobres se realizaba mediante autoselección. Cuando empeoró la economía, muchas familias se interesaron en el trabajo voluntario y aumentó el número de personas que querían comidas baratas. Al mejorar la economía

disminuyó el nivel de dependencia de los comedores y solo acudieron en busca de comida y ayuda los que verdaderamente la necesitaban. Por esa razón los comedores populares constituyeron una manera efectiva de socorrer a los más necesitados y de orientar la ayuda hacia las mujeres y sus familias.

LECCIONES APRENDIDAS

- Los comedores populares son un enfoque eficiente para reducir el hambre entre los pobres en épocas de fuertes presiones económicas. Constituyen un mecanismo de protección social y pueden tener un impacto nutricional si se planifican cuidadosamente.
- Los gobiernos y los organismos donantes pueden utilizar fácilmente este mecanismo comunitario para ampliar directamente la cobertura de la ayuda que se presta a los pobres y brindar una solución sostenible cuando se presenten crisis económicas y se eleven demasiado los precios de los alimentos.
- Los comedores populares se ajustan al mercado laboral y a las condiciones económicas en general. Por tal razón, la orientación de los servicios a los más pobres y necesitados mediante los comedores es un proceso de autoselección. Los comedores pueden crecer o reducir su tamaño a medida que los participantes evalúan constantemente las ventajas y desventajas de escoger entre el trabajo no remunerado a cambio de comidas a bajo precio y la búsqueda de oportunidades en el mercado laboral.
- Los comedores comunitarios pueden mejorar las habilidades de las mujeres, su capacidad de liderazgo y su poder económico, y pueden utilizarse para guiarlas hacia servicios sociales útiles. Ayudan a crear relaciones de apoyo mutuo entre las mujeres, que aprenden a enfrentar juntas las circunstancias difíciles y a menudo desconocidas del desempleo y la pobreza. También adquieren habilidades nuevas, que pueden utilizar posteriormente para abrir negocios o para aumentar sus probabilidades de conseguir empleo.
- El programa de comedores populares puede ampliarse fácilmente y adoptarse en otros contextos, incluso de los países industrializados. Varias comunidades en Canadá han instalado cocinas comunitarias para los grupos de población más pobres, especialmente en entornos urbanos.

GUATEMALA: LA CRISIS CAFETERA Y EL CONTROL DEL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS

Los programas comunitarios existentes para controlar el crecimiento de los niños pueden desempeñar el papel de sistemas de alerta temprana en épocas en las que se presentan fuertes fluctuaciones en el nivel de empleo o en el estado del tiempo. El precio del café en el mercado mundial está sujeto frecuentemente a grandes fluctuaciones, como ocurrió cuando Vietnam y otros países asiáticos vendieron un gran volumen de café de alta calidad en el mercado y derrumbaron el precio del grano. Esta deflación obligó a los productores de América Central a disminuir drásticamente la cantidad de grano cosechado, lo que a su vez ocasionó el desempleo masivo de los trabajadores de los cafetales. Tanto en Guatemala como en otros lugares, algunas familias se mudaron mientras que otras se quedaron en las plantaciones o cerca de ellas, organizaron jornadas de protesta en contra de los cierres y despidos y trataron de arreglárselas como pudieron

hasta que llegaran tiempos mejores. Los trabajadores empezaron a apoyar a sus familias por todos los medios posibles, entre ellos detener a los conductores de los vehículos que transitaban por las zonas montañosas cercanas a los cafetales para cobrarles un peaje.

En medio de la crisis la mayoría de los funcionarios que formulan las políticas centraron su atención en la situación económica y de seguridad, y no en la crisis de la salud cada vez más aguda, hasta que los trabajadores comunitarios dedicados a proyectos de nutrición dieron la señal de alarma. Estos trabajadores voluntarios pesan a los niños pequeños cada mes (véase el estudio de caso sobre el programa hondureño Atención Integral a la Niñez en la Comunidad) y determinan el número de niños de la comunidad que no han aumentado de peso lo suficiente. Mes y medio después de que se desatara la crisis cafetera, los centros de salud de la zona recibían informes de los voluntarios sobre grandes cantidades de niños que no estaban creciendo al ritmo que deberían, es decir, que no estaban aumentando de peso. Al leer estos informes, los centros de salud enviaron equipos a las comunidades afectadas para evaluar la situación. Tales equipos descubrieron que un porcentaje considerable de los niños pequeños habían llegado a sufrir en muy poco tiempo de malnutrición aguda. En comunidades afectadas en las que no encontraron niños que padecieran de malnutrición aguda (bajo peso para la edad) se observó que del 12 al 18% de los niños pequeños estaban muy delgados. En respuesta a esta situación se movilizaron rápidamente alimentos y se distribuyeron entre las familias con mujeres embarazadas y niños pequeños para prevenir una emergencia nutricional grave. Una vez más, el caso de los trabajadores de los cafetales en Guatemala demuestra que las inversiones en programas comunitarios de nutrición, incluso si se centran en la prevención, vale la pena en épocas de crisis.





BANCO MUNDIAL



oportunidades para todos



RAPID SOCIAL RESPONSE

